

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЗ «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»

ДО 100-РІЧЧЯ З ДНЯ ЗАСНУВАННЯ

ДЕРЖАВНОГО ЗАКЛАДУ

«ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
МОЗ УКРАЇНИ»

ТА 40-РІЧЧЮ З ДНЯ ВІДКРИТТЯ КАФЕДРИ
СТОМАТОЛОГІЇ ФАКУЛЬТЕТУ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

м. Кривий Ріг

2016

ЗМІСТ

Автор, назва статті	Сторінка
<i>Gruzdeva A.A.</i> «The use of exfoliative cytology in the diagnosis of the leukoplakia of the oral mucosa»	4
<i>Анисимова Л.А., Бойко Г.Г., Чеботарь О.А.</i> «Эффективность раннего энтерального питания при переломах нижней челюсти»	56
<i>Бойко Г.Г., Чеботарь О.А., Анисимова Л.А.</i> «Основные направления работы преподавателя с интернами на кафедре стоматологии ФПО ДГМА»	53
<i>Василенко Н.В., Лагно С.Л. *, Мозгіна Я.Г. *</i> «До питання дефіцитних анемії у дітей раннього віку»	34
<i>Гасюк П.А.¹, Воробець А.Б.¹, Костиренко О.П.²</i> «Особенности будови різних шарів дентину великих кутніх зубів та функціональне значення в гендерному аспекті»	68
<i>Гасюк П.А.¹, Воробець А.Б.¹, Костиренко О.П.²</i> «Характеристика співвідношення структурних елементів навколопульпарного дентину великих кутніх зубів в залежності від статі»	71
<i>Глазков О.О.</i> «Інформативність опитувальника ohir-14 щодо ефективності протезування хворих з повною відсутністю зубів»	76
<i>Глазунов О.А., Коток Р.Ю.</i> «Куксові вкладки – оптимальна ортопедична штифтова конструкція»	19
<i>Глазунов О.А., Корнійчук О.Є.</i> «Антиоксидантна ефективність комплексу адаптогенів, мінералів і вітамінів у хворих на генералізований пародонтит»	66
<i>Глазунов О.А., Маршалова Р.І., Булгакова А.В.</i> «Профілактика рецидивів запальних захворювань пародонта у осіб молодого віку на основі використання зубної пасти «splat лікувальні трави»	75
<i>Глазунов О.А., Мороз В.Є., Мостовецкая Т.В.</i> «Досвід застосування діодного лазера в лікуванні періодонтитів»	67
<i>Глазунов О.А.</i> «Вплив незадовільних результатів протезування на рівень якості життя хворих з повною відсутністю зубів»	79
<i>Гордиук Н.М., Зайцева В.В.</i> «Современные методы лечения хронического полипозного риносинусита»	64
<i>Громов О.В.</i> «Біомеханічні дослідження стану пародонту за допомогою комп'ютерного моделювання»	8
<i>Груздева А.А., Фисун О.А., Булгакова А.В., Мостовецкая Т.В.</i> «Ультраструктурные изменения десны у рабочих железорудного производства»	5
<i>Дрок В.О.</i> «Щільність кісткової тканини у підлітків із зубощелепними аномаліями, ускладненими захворюваннями пародонта»	20
<i>Духовенко К.К., Соколовська Л.В., Галич Ю.В., Ісаков Д.І.</i> «Надання пільгового зубопротезування постраждалим внаслідок чорнобильської катастрофи в лікарні Мечникова»	104
<i>Житній М.І., Віхрова В.В., Терешков Д.Ю.</i> «Кровотеча при пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки»	40
<i>Зайцев Л.А., Зайцева Ю.Л.</i> «Экспериментальное изучение динамики заполнения раны костным регенератом после удаления корня зуба элеватором»	81
<i>Зайцев Л.А., Зайцева Ю.Л.</i> «Новая методика удаления корней зубов»	88
<i>Зайцев Л.А., Зайцева Ю.Л.</i> «Одномоментное замещение удаленного зуба при пародонтите»	83
<i>Зайцев Л.А., Зайцева Ю.Л.</i> «Рентгенологическое изучение динамики заживления раны после удаления корня зуба элеватором»	87
<i>Зайцев Л.А.</i> «Клинико-экспериментальный расчет конструкции мостовидного протеза при заболеваниях пародонтите»	85

(4.6%), грыжи (3.1%), челюстно-лицевой области (готическое/высокое небо (4.6%), большие размеры/аномалии прорезывания зубов (3.7%).

Частота ОРЗ у детей при различной степени тяжести ДСТ

Частота острых респираторных заболеваний	Дети с фенотипическими проявлениями соединительнотканной недостаточностью	
	I степени абсолютное число/ %	II-III степени абсолютное число/ %
До 5 раз в год	156/87,7%	54/59,3%
≥ 5 раз в год	22/12,3%	37/40,7%

Проведенный нами анализ влияния степени тяжести ДСТ на частоту острых респираторных заболеваний у детей, позволяет установить, что 40.7% детей со II и III степени тяжести болеют ОРЗ более 5 раз в год. Напротив, дети с минимальными проявлениями ДСТ (I степени) болеют значительно реже и, как видно из таблицы, количество «часто болеющих» детей составляет всего 12.3%.

Заключение.

Таким образом, на основании оценки фенотипических признаков соединительнотканной недостаточности показано, что 33.8% детей в возрасте 6-12 лет имеют проявления синдрома дисплазии соединительной ткани II-III степени, что сопровождается нарастанием количества «часто болеющих детей». У 40.7% детей болеют более 5 раз в течение года. Среди детей с синдромом дисплазии соединительной ткани I степени, группа «часто болеющих детей» составила всего лишь 12.3%. В связи с этим чрезвычайно важно направить совместное усилие медицинских и педагогических работников на сохранение здоровья детей с соединительнотканной недостаточностью, обязательно при этом привлекая семью.

Василенко Н.В., Лагно С.Л.*, Мозгіна Я.Г.*

До питання дефіцитних анемії у дітей раннього віку

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики,

** Комунітальний заклад «Криворізька міська клінічна лікарня №8 Дніпропетровської обласної ради», м. Кривий Ріг.*

Вступ. Виховування дітей грудного та раннього віку є одним з важливих напрямків в області покращення виживання дітей та сприяння їх здоровому росту та розвитку. Перші два роки життя особливо важливі, так як оптимальне харчування протягом цього періоду

зменшенню захворюваності та смертності, зниженню ризику хронічних захворювань та загальному розвитку.

Відповідно до Конвенції з прав дитини, кожна дитина грудного віку та інших вікових груп має право на належне харчування. Але часто це право штучно обмежується батьками у зв'язку з різними причинами та переконаннями.

Нині широкого розповсюдження набув такий різновид раціону харчування як вегетаріанство. Протягом багатьох років не припиняються дискусії стосовно позитивних та негативних ефектів харчування, позбавленого нутрієнтів тваринного походження, особливо в дитячому віці [1]. На думку одних спеціалістів вегетаріанство в дитячому віці неприпустиме, інші вимагають режими харчування, які базуються виключно або переважно на продуктах рослинного походження, не тільки придатними, але й корисними для дітей [2-5]. Британське відомство здоров'я (2008) визнає повноцінність правильно спланованої вегетаріанської дієти, але застерігає відносно суворого вегетаріанства в дитячому віці; представники Британського інституту харчування (2005) сиродіння та макробіотичні дієти неприйнятними для дітей.

Мета дослідження. На основі аналізу літературних даних та власних спостережень вивчити вплив вегетаріанських дієт на стан здоров'я дітей раннього віку.

Результати дослідження та їх обговорення. За останні шість місяців в дитячому неврологічному центрі м. Кривого Рогу ми спостерігали три клінічних випадки дефіцитних станів тяжкого ступеню у дітей від матерів-вегетаріанок.

Відомо, що відмінною рисою вегетаріанських дієт є високий вміст вуглеводів, харчової клітковини, омега-6 жирних кислот, вітаміну Є, фолієвої кислоти, вітаміну С, каротиноїдів та магнію. Одночасно подібні дієти характеризуються низьким вмістом білків, поліненасичених омега-3 жирних кислот, вітаміну В₁₂, ретинолу, вітаміну Д, кальцію, цинку та заліза. Джерела харчового білку при вегетаріанських дієтах не завжди здатні забезпечити адекватний набір амінокислот, необхідних для повноцінного функціонування різних систем організму [6], що може призводити до вираженого відставання у фізичному розвитку та суттєвої неврологічної дисфункції.

Харчові волокна та ряд інших субстанцій, що містяться в рослинній їжі, перешкоджають адекватній абсорбції заліза та цинку, тому надходження цих мікронутрієнтів необхідно контролювати та (при необхідності) вводити їх в раціон додатково. Хоча представленість заліза у вегетаріанських дієтах порівняна з вмістом в невегетаріанських

раціонах харчування, біодоступність заліза знижена за рахунок відсутності гемової форми елементу. До того ж, утилізації заліза можуть суттєво перешкоджати фітати, кальцій, рослинна клітковина та інші компоненти рослинної їжі. В такому випадку вегетаріанцям показана дотація заліза та вітаміну С.

Їжа рослинного походження забезпечує організм альфа-лінолевою кислотою, але не довго ланцюговими омега-3 жирними кислотами (ейкозапентасною та докозагексаєною). Рівні вмісту вказаних поліненасичених жирних кислот в крові у вегетаріанців знижені [7].

В групі вітамінів стосовно проблеми вегетаріанства особливо актуальними є вітамін Д та вітамін В₁₂, які практично відсутні в продуктах рослинного походження, тому вегетаріанцям слід використовувати їх альтернативні джерела (харчові добавки, вітамінні препарати).

Тому серед негативних явищ вегетаріанства фігурують білкова недостатність, затримка фізичного розвитку, залізодефіцитна анемія та вітамінодефіцитні стани.

Наводимо дані медичної документації наших пацієнтів.

Хлопчик 3., 10 місяців, госпіталізований у відділення по направленню дільничного лікаря зі скаргами на блідість шкіри, зниження рівня гемоглобіну. З анамнезу відомо, що дитина від II вагітності, що перебігала на тлі анемії у матері, II термінових пологів в домашніх умовах, маса при народженні 3.200 г, на час госпіталізації 7 кг. Хлопчик на грудному вигодовуванні, отримує продукти прикорму рослинного походження. Мати вегетаріанка. Вакцинація не проводилася з причини відмови батьків. Дитина на обліку у невролога з приводу гіпоксично-ішемічної енцефалопатії.

Стан при вступі у відділення тяжкий за рахунок анемічного синдрому. Шкірні покриви бліді, воскоподібні. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені, одиничні в групах, еластичні, рухливі, не спаяні з навколишніми тканинами. Аускультативно – пуерільне дихання, хрипів немає; тони серця дещо приглушені. При пальпації живота виявлено збільшення печінки (+4 см) та селезінки (+3 см). Фізіологічні відправлення не порушені.

За даними гемограми Нв 58 г/л, еритроцити $2,3 \times 10^{12}$, кольоровий показник 0,75, лейкоцити $8,5 \times 10^9$, з них 80% лімфоцитів; значно виражені анізо- та пойкилоцитоз, нормобласти 3:100, тромбоцити 110×10^9 , ретикулоцити 0,1%, ШОЕ 20мм/год.

Враховуючи тяжкість анемії, проведена трансфузія еритроцитів, інфузійна терапія у складі глюкозо-електролітних розчинів.

При подальшому обстеженні визначалися помірна білірубінемія (42 мкмоль/л), підвищення рівню АСТ до 46, гіпокоагуляція (ПТІ 76%), зниження рівню сироваткового

Враховуючи особливості клінічної картини (тяжка анемія, тромбоцитопенія, підвищення ШОЕ) з метою виключення недостатності кісткового мозку проведено дослідження мієлограми. Заключення: кістковий мозок середньої клітинності, подразнення

Мазки кісткового мозку та периферійної крові, ліквор реферовані в лабораторії «ОХМАТДИТу». Заключення: різко виражений мегалобластний тип кровотворення («красоний» кістковий мозок). В препаратах периферійної крові виявлена гіперсегментація еритроцитів, еритроцити представлені макроформами.

На підставі проведеного обстеження та динамічного спостереження виставлено клінічний діагноз:

Анемія III ступеню, мегалобластна.

Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія, відновний період, затримка моторного розвитку, гіпертензивно-лікворний синдром.

Окрім посиндромного лікування, дитині був призначений вітамін B₁₂ в/м, нейраксон перорально.

Через місяць лікування дитина у відносно задовільному стані, з рівнем гемоглобіну 117 г/л виписана з відділення з рекомендаціями подальшого спостереження.

Дівчинка Б., 6 місяців, поступила у стаціонар за направленням педіатра з приводу анемії (Нв 66 г/л), гіпотрофії (вага 6 кг) зі скаргами матері на блідість шкірних покривів, відсутність збільшення маси тіла, зниження апетиту, розрідження випорожнень. Скарги виникли півтора місяці тому. Дівчинка на грудному вигодовуванні, пригодовування не отримує. Мати вегетаріанка.

При госпіталізації стан тяжкий за рахунок анемічного синдрому. Шкірні покриви бліді з висловленим відтінком, «мармуровість» шкіри, одиничні елементи геморагічної висипки у вигляді петехій на шкірі передньої поверхні брюшної стінки та кінцівок. Підшкірно-жировий прошарок недостатній, тургор тканин знижений. Тони серця приглушені, систолічний шум на грудній клішці. Печінка та селезінка не збільшені, фізіологічні відправлення не порушені. В мієлограмі Нв 59 г/л, еритроцити $1,9 \times 10^{12}$, кольоровий показник 0,9, лейкоцити $4,6 \times 10^9$, з них 90% лімфоцитів, 1% мієлоцитів; тромбоцити 53×10^9 ; ретикулоцити 0,1%; значно виражені лейкоцитоз та пойкилоцитоз, еритроцити нормохромні та гіперхромні.

В біохімічному дослідженні крові – сироваткове залізо 31,27 мкмоль/л, вітамін В₁₂ 30 пг/мл (нижня межа норми 228), фолієва кислота 18,59 нг/мл (в межах норми). За даними коагулограми – гіпокоагуляція (ПТІ 73%).

Враховуючи поєднання у пацієнтки тяжкої анемії, тромбоцитопенії, ретикулоцитопенії проведено дослідження мієлограми. Заключення: мегалобластний тип кровотворення.

Мазки кісткового мозку досліджені в референс-лабораторії «ОХМАТДИТу». Заключення: Кровотворення по мегалобластному типу. Картина кісткового мозку відповідає мегалобластній анемії.

Клінічний діагноз: Анемія III ступеню, мегалобластна (віт В₁₂-дефіцитна). Білково-енергетична недостатність. Симптоматична тромбоцитопенія.

Проведено переливання відмитих еритроцитів, СЗП, призначено вітамін В₁₂ в/м, відкорегована дієта.

Стан дитини покращився, через 2 тижні дитина виписана під нагляд педіатра з рівнем гемоглобіну 93 г/л, надбавкою маси 500 г.

Хлопчик М., 9 місяців, госпіталізований зі скаргами на підвищення температури тіла до 40°C, блідість шкірних покривів, неспокій. Зі слів матері, дитина хворіє 4 день, в загальному аналізі крові гемоглобін 62 г/л. Дитина від II вагітності, яка перебігала на тлі цукрового діабету I типу, II пологів шляхом кесаревого розтину в 36 тижнів. Вигодовування штучне – отримує козяче молоко, манну кашу. Спостерігається педіатром з приводу atopічного дерматиту.

Стан при поступленні тяжкий за рахунок анемічного синдрому, температура тіла 36,8 °C, шкірні покриви чисті, бліді, з жовтуватим відтінком. Вага 8.600 г. Катаральні явища не виражені (гіперемія слизової зіву). Дихання пуерильне, хрипи не вислуховуються. Тони серця звучні, ритм правильний, систолічний шум зліва від грудини. Печінка +5 см, селезінка не пальпується. Фізіологічні відправлення не порушені.

В гемограмі – Нв 58 г/л, еритроцити $2,0 \times 10^{12}$, кольоровий показник 0,75, лейкоцити $8,4 \times 10^9$. За даними біохімічного дослідження крові – гіпопротеїнемія (45 г/л), зниження рівню сироваткового заліза до 3,64 мкмоль/л, феритин 210 нг/мл (ймовірно у зв'язку з наявністю запального процесу), вітамін В₁₂ 225,2 пг/мл (нижче за норму), фолієва кислота 4,81 нг/мл (значно нижче за норму).

Проведено переливання відмитих еритроцитів, 10% альбуміну, призначено лаферобіон, вітамін В₁₂ в/м, фолієва кислота та актиферин орально.

При подальшому спостереженні у дитини наростали показники лейкоцитозу (до 27×10^9), у зв'язку з чим була призначена антибактеріальна терапія.

Заключний клінічний діагноз:

Гастро-респіраторна інфекція. Анемія III ступеню змішаного генезу (залізодефіцитна, фоліодефіцитна, B₁₂-дефіцитна). Наслідки перинатального ураження нервової системи, вагітний період, затримка психомоторного розвитку.

Через 3 тижні хлопчик виписаний зі стаціонару з позитивною динамікою загального стану, покращенням стану, рівнем гемоглобіну 116 г/л з рекомендаціями подальшого лікування фолієвою кислотою та актиферином.

Таким чином, основною причиною розвитку тяжкої мегалобластної анемії у двох пацієнтів першого року життя була вегетаріанська дієта матері-годувальниці та відсутність прикормів тваринного походження. Мати третього пацієнта не була переконаною вегетаріанкою, але раціон на основі козячого молока та манної каші, відсутність м'ясних продуктів прикорму призвели до розвитку у дитини тяжкої дефіцитної анемії змішаного генезу. Окрім анемії, діти мали прояви білково-енергетичної недостатності, затримку психомоторного розвитку.

Висновки.

1. Вегетаріанська дієта матері-годувальниці та дитини раннього віку може стати причиною гострих порушень стану здоров'я, зокрема мегалобластної анемії, білково-енергетичної недостатності, затримки психомоторного розвитку у дитини.
2. Можливість застосування навіть добре спланованих та збалансованих вегетаріанських дієт у дітей раннього віку, з дотацією всіх необхідних нутрієнтів, потребує подальшого вивчення.
3. Свідоме порушення матір'ю-вегетаріанкою прав дитини є невирішеною етичною та юридичною проблемою.

Література

1. Chisholm K. Vegetarian diets in children // Adv. NPs PAs. 2011, v. 2, p. 39–41.
2. Hodgkin G. Vegetarian diets for children. Ch. 8. In: Pediatric nutrition in chronic diseases and developmental disorders. Prevention, assessment, and treatment/Ekvall S. W., Ekvall V. K. (eds.). 2nd ed. Oxford University Press. Oxford/New York. 2005. P. 78–81.
3. Craig W. J. Nutrition concerns and health effects of vegetarian diets // Nutr. Clin. Pract. 2010, v. 25, p. 613–620.
4. Renda M. et al. Vegetarian diets in children and adolescents // Pediatr. Rev. 2009, v. 30, p. 1–8.

5. Amit M. Vegetarian diets in children and adolescents // Paediatr. Child Health. 2010. v. 15, p. 303–314.
6. Kniskern M. A. et al. Protein dietary reference intakes may be inadequate for vegetarians if low amounts of animal protein are consumed // Nutrition. 2011, v. 27, p. 727–730.
7. Sanders T. A. DHA status of vegetarians // Prostaglandins Leukot. Essent. Fatty Acids. 2009, v. 81, p. 137–141.

Житній М.І., Віхрова В.В., Терешков Д.Ю.

Кровотеча при пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки

ДЗ «ДМА МОЗ України», КЗ «Обласна лікарня ім. Мечникова»

Травми обличчя часто супроводжуються значною кровотечею. Медична допомога при кровотечі передбачає: 1- придання постраждалому положення обличчям униз або набік для запобігання затікання крові у верхні дихальні шляхи; 2-тимчасова або остаточна зупинка кровотечі, 3-компенсації крововтрати, відновлення ОЦК; 4-симптоматичне лікування постгеморагічного синдрому та геморагічного шоку.

Клінічні прояви масивної крововтрати: бліді шкіряні покрови, ціаноз слизової оболонки, загальна слабкість, гіподинамія, зниження АТ, втрата свідомості.

Симптоми ушкодження судин: сильна кровотеча або наявність її в анамнезі; гематома, яка збільшується, шуми або гострі відчуття у шиї, гіпотонія, задишка, захриплість, відсутній або сповільнений пульс на судинах шиї чи руці; фокальний неврологічний дефіцит або зміна ментального статусу; рентгенографія грудної клітки вкаже на гемоторакс або розширення межистіння.

Ступінь крововтрати характеризують за клінічними ознаками: 1-легка ступінь: крововтрата 500-700 мл крові (зниження ОЦК на 10-12%), виражені клінічні ознаки відсутні; 2-середня ступінь: крововтрата 1000-1500 мл (зниження ОЦК на 20-30%), АТ до 90-100 мм рт.ст., пульс до 100 за 1 хв, шкіра бліда; 3-тяжкий ступінь: крововтрата 1500-2000 мл (зниження ОЦК на 30-40%), клінічно виражений ціаноз, холодний піт, блідість шкіри, тахіпноє, пульс до 120 за хв., АТ до 80-90, мм рт.ст., олігурія (розвиток геморагічного шоку);